HERNIES DE L'AINE

PLAN

- Généralités
- Définitions
- Anatomie du canal inguinal
- Examen clinique des hernies non compliquées
- Formes étiologiques: hernie congénitale, hernie acquise
- Formes anatomiques: hernie oblique externe, directe, crurale
- Formes selon le contenu
- Formes compliquées: hernies engouées, étranglées
- Diagnostic différentiel
- Principes du traitement
- Cas particulier: hernie ombilicale

1-GENERALITES

-Pathologie très fréquente:

1 homme / 10 concerné au cours de sa vie

-Pronostic: bon; formes compliquées.

-Diagnostic souvent aisé ➔ Examen clinique

-Compréhension des mécanismes physiopathologiques et anatomie canal inguinal: essentielle

2-DEFINITIONS

-Hernie: issue de viscères abdominaux contenus dans un sac péritonéal et s'extériorisant par un orifice (=collet), au niveau d'une zone de faiblesse de la paroi abdominale.

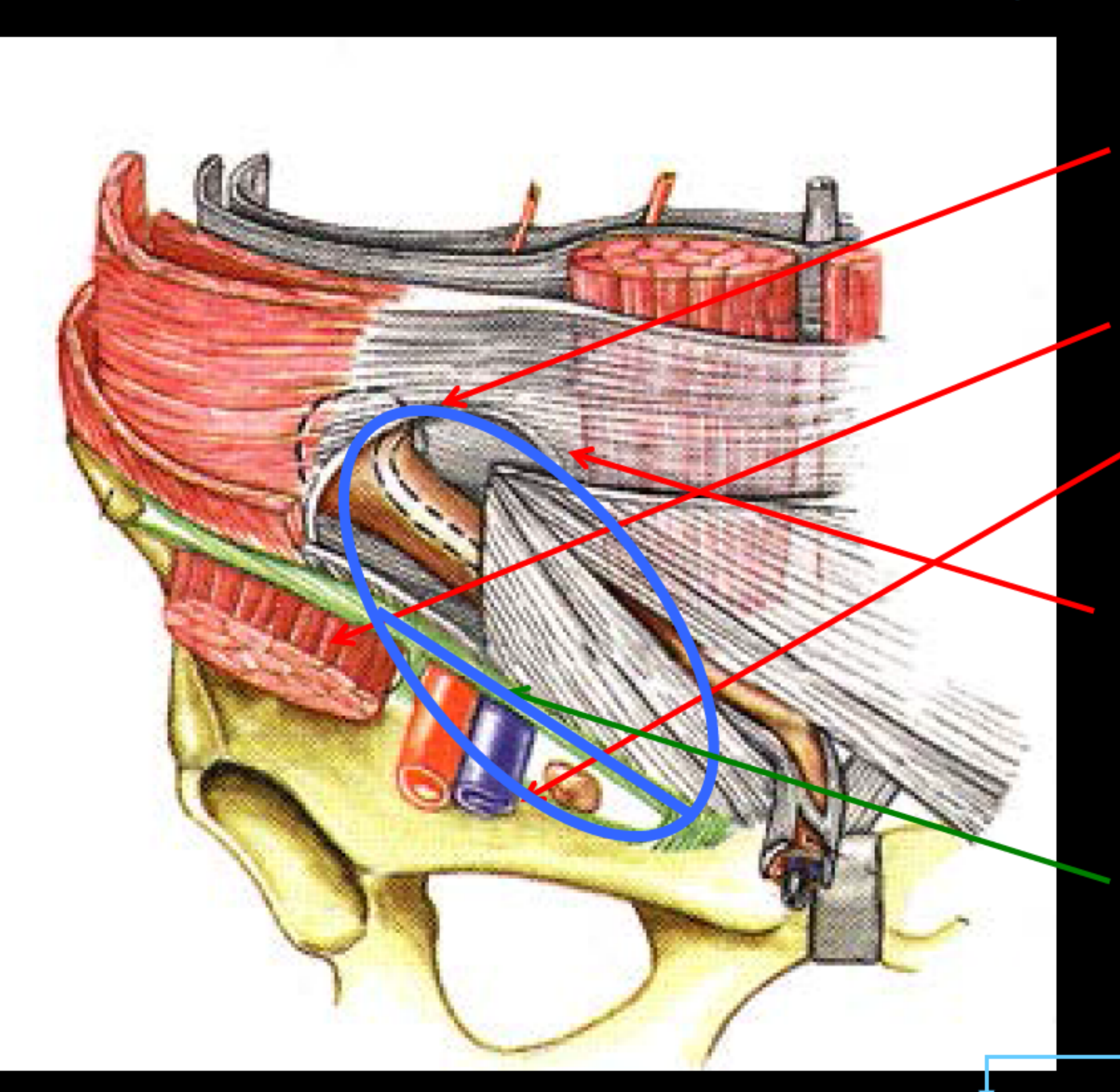
-Eventration: issue de viscères abdominaux contenus dans un sac péritonéal et s'extériorisant par un orifice non naturel de la paroi abdominale (secondaire à une laparotomie, ou une plaie de la paroi abdominale).

-Eviscération: issue de viscères abdominaux en dehors de la cavité péritonéale, provoquée par la désunion d'une plaie opératoire

-Diastasis: écartement de 2 muscles (ex: grands droits), sans orifice véritable, avec issue possibles de viscères abdominaux protégés par un sac péritonéal.

3-ANATOMIE

Région de l'aine = orifice muculo-pectinéal



Limite sup: muscles obliques internes et transverses

Limite ext: psoas

Limite inf: branche iliopubienne

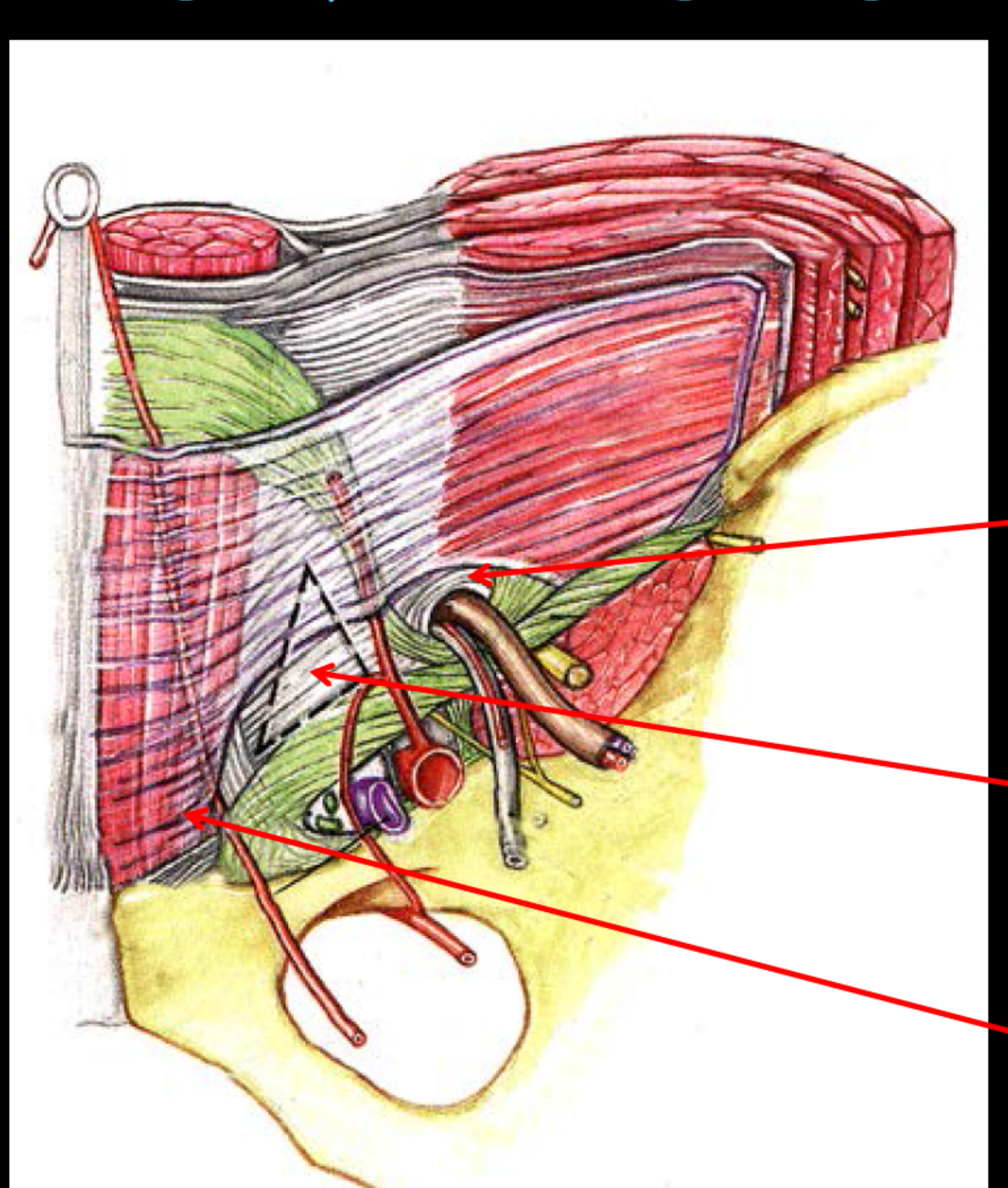
Limite int: tendon conjoint et bord ext des grands droits

2 étages séparés par le ligament inguinal (=arcade crurale)

Sup: région inguinale

Inf: région crurale

Etage supérieur = région inguinale



H: Passage du cordon spermatique
F: Passage du ligament rond

3 zones de faiblesses:

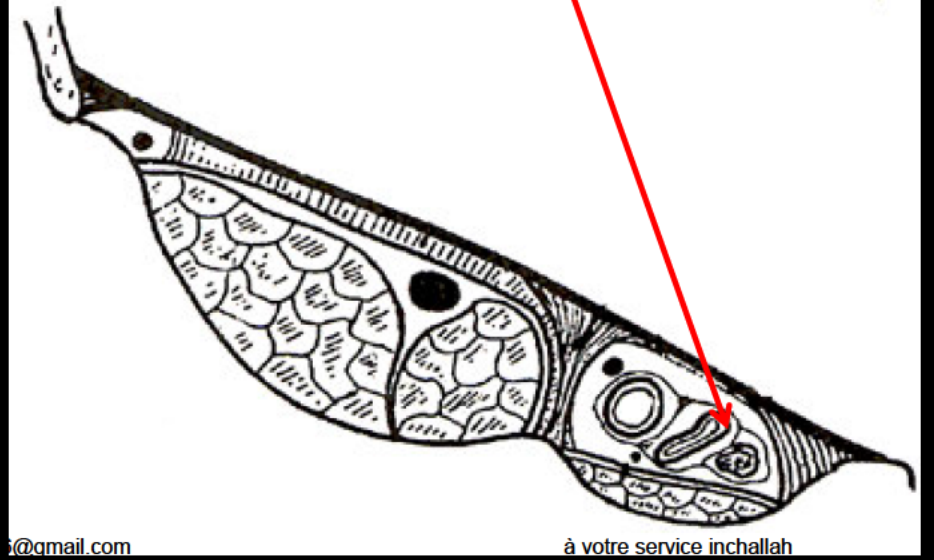
-Fossette ing. ext.: en dehors de l'artère épigastrique; =orifice profond canal inguinal

-Fossette ing. moy.: entre artère épigastrique et ombilical

-Fossette ing. int.: entre artère ombilicale et ouraque

Etage Inférieur = région crurale = fémorale

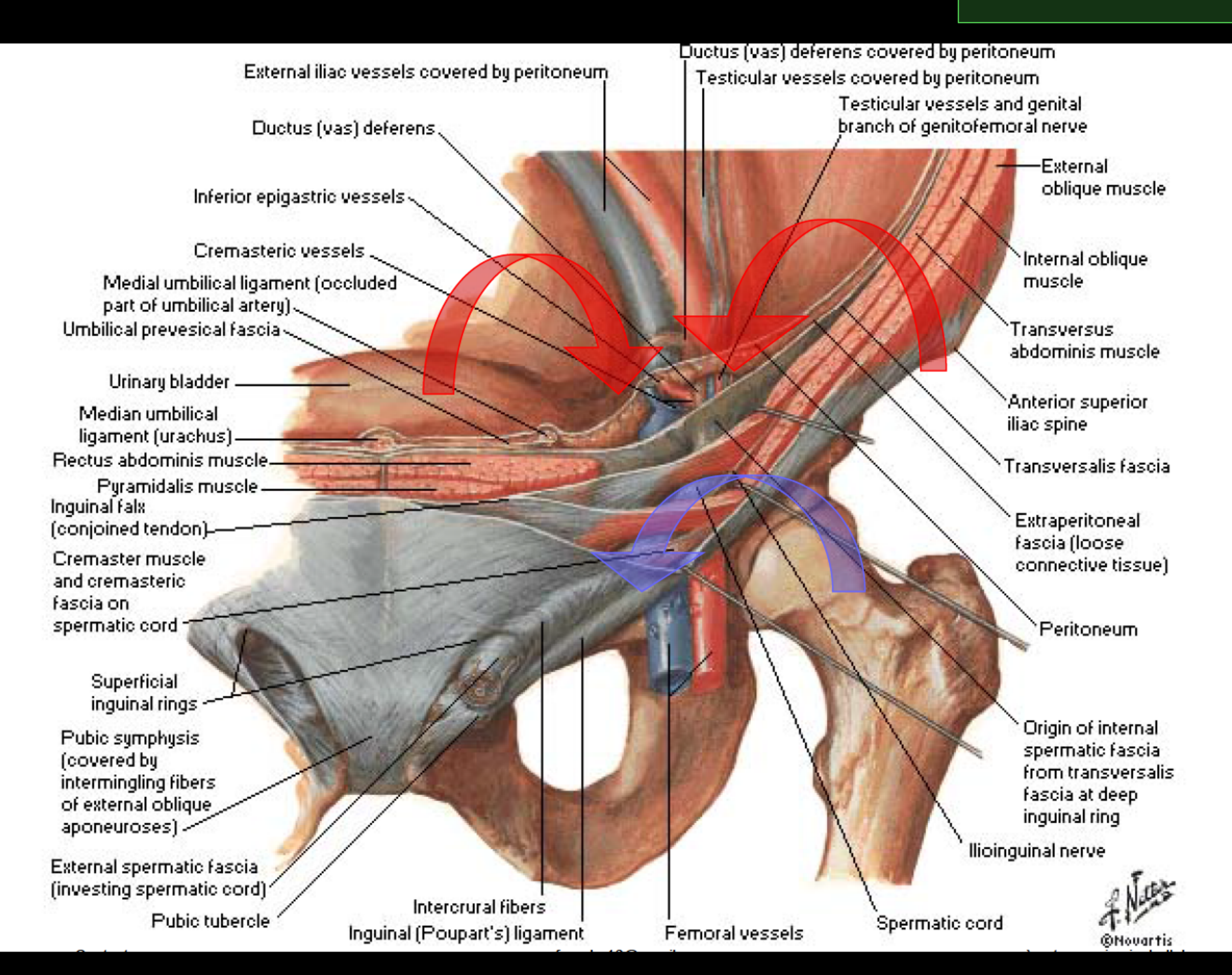
1 seul point faible:
ANNEAU CRURAL
En dedans de Vx fémoraux



3-ANATOMIE

Toutes les hernies (inguinales ou crurales) sont définies par le franchissement du fascia transversalis qui est distendu ou repoussé.
Ce fascia recouvre en arrière l'orifice musculo-pectinéal.
Il correspond au feuillet profond de l'aponévrose du transverse

3-ANATOMIE


Ductus (vas) deferens covered by peritoneum
External iliac vessels covered by peritoneum
Testicular vessels covered by peritoneum
Testicular vessels and genital branch of genitofemoral nerve
Ductus (vas) deferens
External oblique muscle
Inferior epigastric vessels
Internal oblique muscle
Cremasteric vessels
Medial umbilical ligament (occluded part of umbilical artery)
Transversus abdominis muscle
Umbilical prevesical fascia
Urinary bladder
Anterior superior iliac spine
Median umbilical ligament (urachus)
Transversalis fascia
Rectus abdominis muscle
Pyramidalis muscle
Inguinal falx (conjoined tendon)
Extraperitoneal fascia (loose connective tissue)
Cremaster muscle and cremasteric fascia on spermatic cord
Peritoneum
Superficial inguinal rings
Origin of internal spermatic fascia from transversalis fascia at deep inguinal ring
Pubic symphysis (covered by intermingling fibers of external oblique aponeuroses)
Ilioinguinal nerve
External spermatic fascia (investing spermatic cord)
Intercrural fibers
Pubic tubercle
Inguinal (Poupart's) ligament
Femoral vessels
Spermatic cord
F. Netter
©Novartis

4-EXAMEN CLINIQUE

-Interrogatoire:

- ➔ date et modalités apparition
  - *récente / ancienne
  - *brutale / progressive
  - *Récidive?
  - *amaigrissement
- ➔ signes fonctionnels
  - *gène, pesanteur,
  - *douleur à l'effort
  - *troubles digestifs
  - *retentissement physique et professionnel
- ➔ conditions de vie: actif, sportif, sédentaire
- ➔ recherche de facteurs de risques
- ➔ Antécédents médicaux chirurgicaux

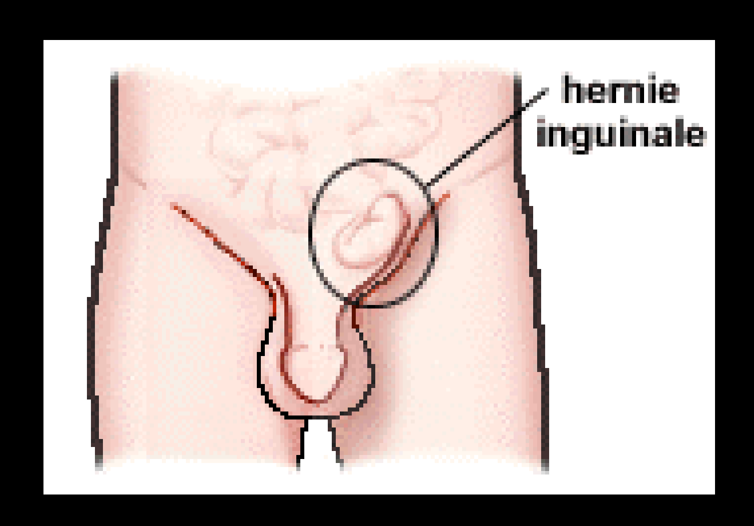
4-EXAMEN CLINIQUE

-Signes généraux: absent si forme non compliquée

-Signes physiques:

➔ Examen debout puis couché, avec effort de toux

➔ Inspection: parfois normale; sinon, tuméfaction impulsive à la toux; apprécier état cutané local; inspecter les bourses



4-EXAMEN CLINIQUE

-Signes physiques:

➔ Palpation: **élément essentiel du diagnostic+++**

*extrémité de l'index coiffe la peau du scrotum

*tuméfaction impulsive à la toux, non douloureuse, réductible, reproductible

ligne de Malgaigne
(=projection cutanée de l'arcade crurale)

Au dessus= Hernie inguinale

Au dessous= Hernie crurale

4-EXAMEN CLINIQUE

-Signes physiques:

➔ Percussion: souvent normale.

Si hernie volumineuse:

*mat: contenu épiploïque

*tympanique: grêle, colon

➔ Auscultation: souvent normale

Parfois, BHA si grêle ou colon

➔ Examen systématique des autres orifices herniaires++

➔ Toucher rectal++: tumeur, adénome prostatique

➔ Examen général: pulmonaire, ascite…

FONDAMENTAL

En dehors des examens complémentaires nécessaires au bilan préopératoire, aucun autre examen ne doit être demandé.

Le diagnostic de hernie de l'aine est clinique

5-FORMES ETIOLOGIQUES

-Hernies congénitales

➔ persistance canal péritonéovaginal (ou canal de Nuck chez la femme)

➔ **toujours++** oblique externe (trajet intrafuniculaire) - Fossette inguinale externe-

➔ terrain: nourrisson, enfant, adulte jeune

➔ malformations associées: kyste cordon ou épididyme, hydrocèle vaginale

5-FORMES ETIOLOGIQUES

-Hernies acquises

➔ faiblesse musculoaponévrotique région inguinale

➔ inguinale oblique externe le plus souvent; inguinale directe ou crurale; très rarement oblique interne

➔ terrain: adulte et vieillard; homme > femme

Facteurs favorisants

Faiblesse musculo-aponévrotique
-age
-sédentarité
-obésité
-amaigrissement brutal

Hyperpression abdominale
-insuffisance respi: BPCO, toux
-constipation
-adénome prostate (dysurie)
-grossesse
-ascite
-effort physique

IMPORTANCE DE L'INTERROGATOIRE

6-FORMES ANATOMIQUES

-Hernies inguinales obliques externes

➔ les plus fréquentes (50%)

➔ trajet du cordon

➔ étiologie:

*toutes les hernies congénitales

*une grande partie des hernies acquises

➔ développement:

* vers les bourses chez l'homme

* vers les grandes lèvres chez la femme

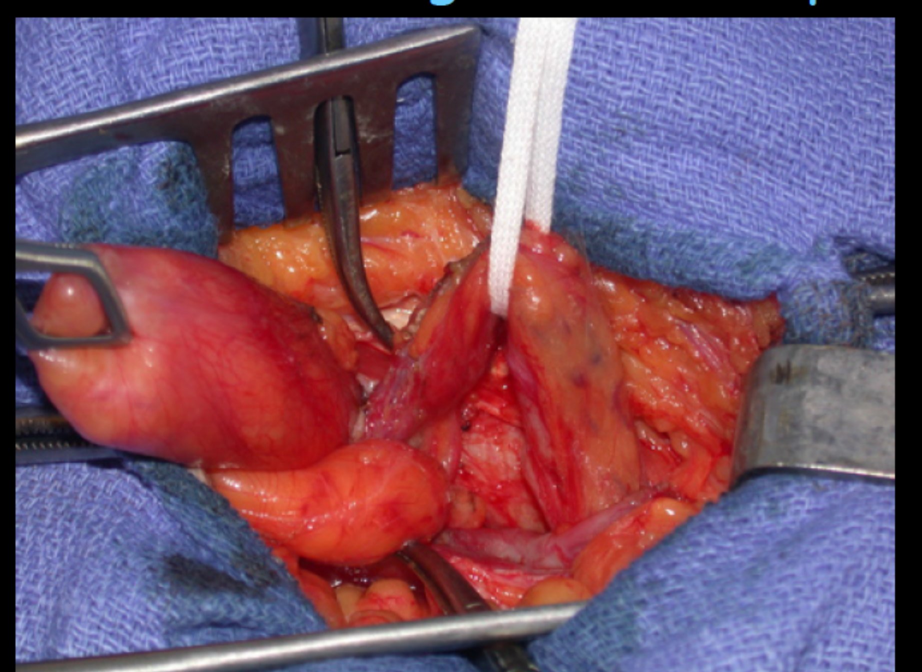
➔ de la pointe herniaire à la volumineuse hernie inguino-scrotale

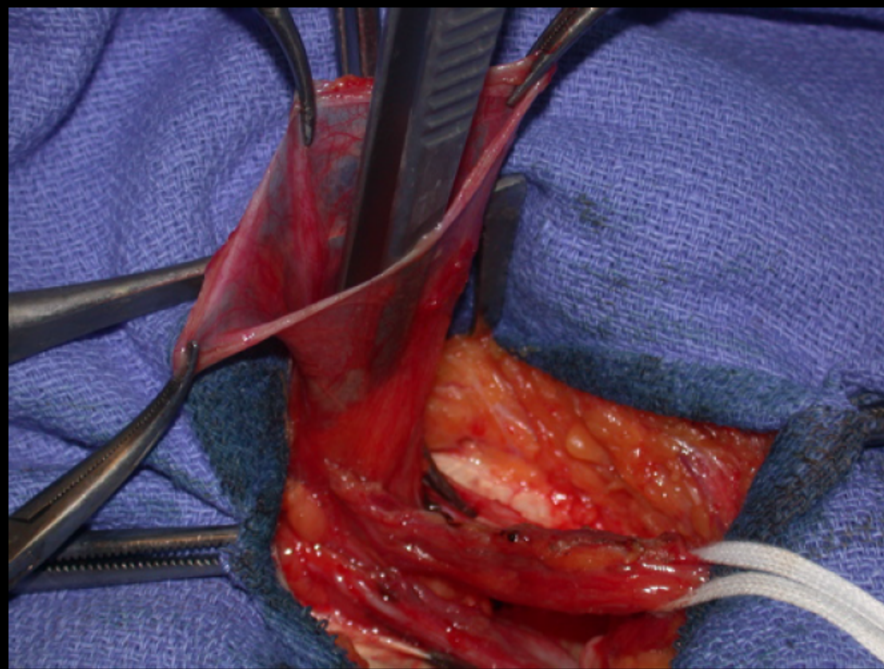
➔ cliniquement: réduction en haut, en arrière et en dehors; perception en dd de l'artère épigastrique

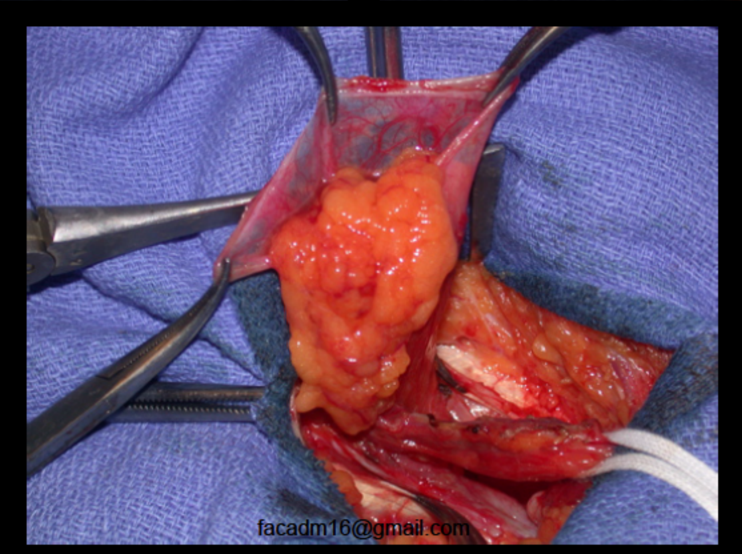
Notion théorique

6-FORMES ANATOMIQUES

-Hernies inguinales obliques externes







6-FORMES ANATOMIQUES

-Hernies inguinales directes

→ hernies de faiblesse - toujours acquises-

→ trajet: fossette inguinale moyenne

→ taille: parfois volumineuse, mais jamais jusqu'au scrotum

→ cliniquement:

* réduction antéropostérieure

* perception en dehors de l'artère épigastrique

Notion théorique

-Hernies inguinales obliques internes

→ exceptionnelles

→ trajet: fossette inguinale interne

→ extériorisées à l'angle interne du canal inguinal

6-FORMES ANATOMIQUES

-Hernies crurales

- ➔ Collet au dessous de la ligne de Malgaigne
- ➔ fréquence: 15%; femme+++; âgée++
- ➔ trajet: orifice crural; en dd des Vx fémoraux
- ➔ taille: souvent petite **-RISQUE D'ETRANGLEMENT-**
- ➔ cliniquement:

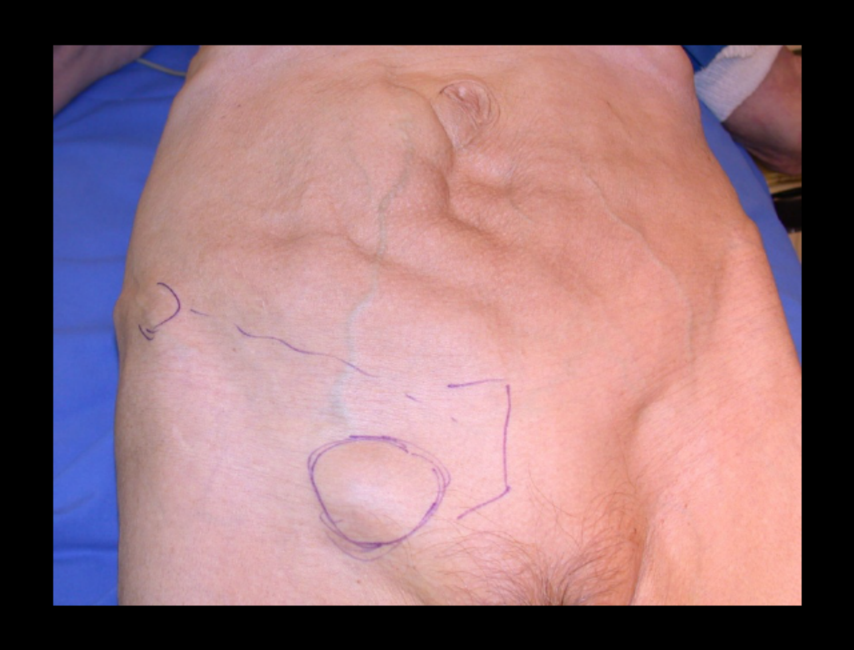
  * tuméfaction partie supéro-interne du triangle de Scarpa

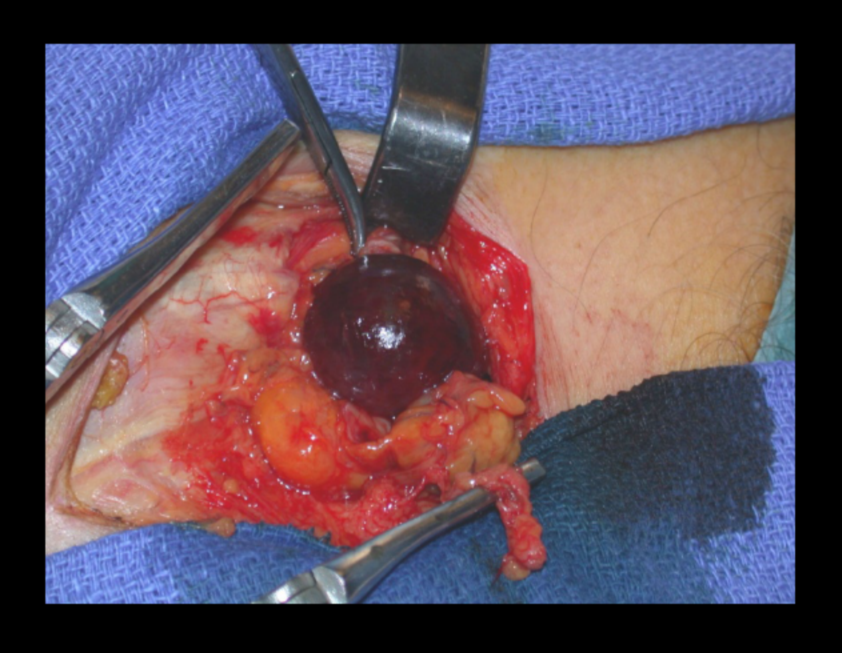
  * rechercher en décubitus dorsal, cuisse en abduction, jambe pendante hors du lit

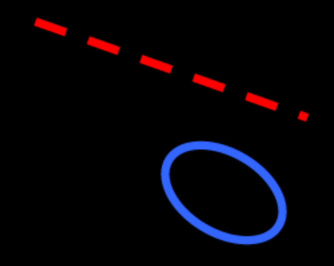
  * diagnostic difficile si obésité

6-FORMES ANATOMIQUES

-Hernies crurales







7-FORMES SELON LE CONTENU

- -Epiploon
- -Intestin grêle

Les + fréquentes

-Colon: en particulier le sigmoïde du côté gauche

↙ hernie par glissement: descente du colon avec son fascia ➔ par de sac herniaire ➔ risque

-Vessie: corne vésicale dans les volumineuses hernies inguinales directes

-Annexes

-Appendice: hernie de Littre

-Ascite: hernie se remplit en position debout, et se vide en position couchée

8-FORMES COMPLIQUEES

-Hernie engouée

➔ hernie difficile à réduire; parfois irréductible, mais non ou peu douloureuse; pas de signes occlusifs

➔ menace d'étranglement++

➔ indication opératoire formelle rapide,mais sans urgence

8-FORMES COMPLIQUEES

-Hernie étranglée

➔ Complication grave **-URGENCE CHIRURGICALE-**

➔ Risque d'étranglement accru si:

*grand sac herniaire et collet étroit

* hernie crurale

➔ SIGNES FONCTIONNELS:

* Dlr vive, installation brutale, continue, pénible

* Signes digestifs inconstants: nausées, vomissements, arrêt du transit rarement:diarrhées

➔ SIGNES GENERAUX: t°, TA, pouls, signes déshydratation

8-FORMES COMPLIQUEES

-Hernie étranglée

➔ EXAMEN CLINIQUE:

* tuméfaction de l'aine (inguinale ou crurale)
* douloureuse, irréductible, non impulsive à la toux+++
* examen abdomen: météorisme abdominal, douleur diffuse

OCCLUSION INTESTINALE ➔ PALPATION SYSTEMATIQUE DES ORIFICES HERNIARES

*Risque: occlusion mécanique ➔ nécrose ➔ perforation
*En faveur d'une souffrance viscérale: Fièvre, défense abdominale, signes inflammatoires locaux

9- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

-diagnostic différentiel hernie inguinale:

➔ hydrocèle (=épanchement séreux de la vaginale testiculaire); transillumination

➔ varicocèle (=varice scrotale); tuméfaction molle, dépressible, disparaissant en position couchée

➔ orchiépididymite, torsion testicule

-diagnostic différentiel hernie crurale:

➔ adénopathie crurale

➔ phlébite crosse saphène interne

➔ anévrysme fémoral

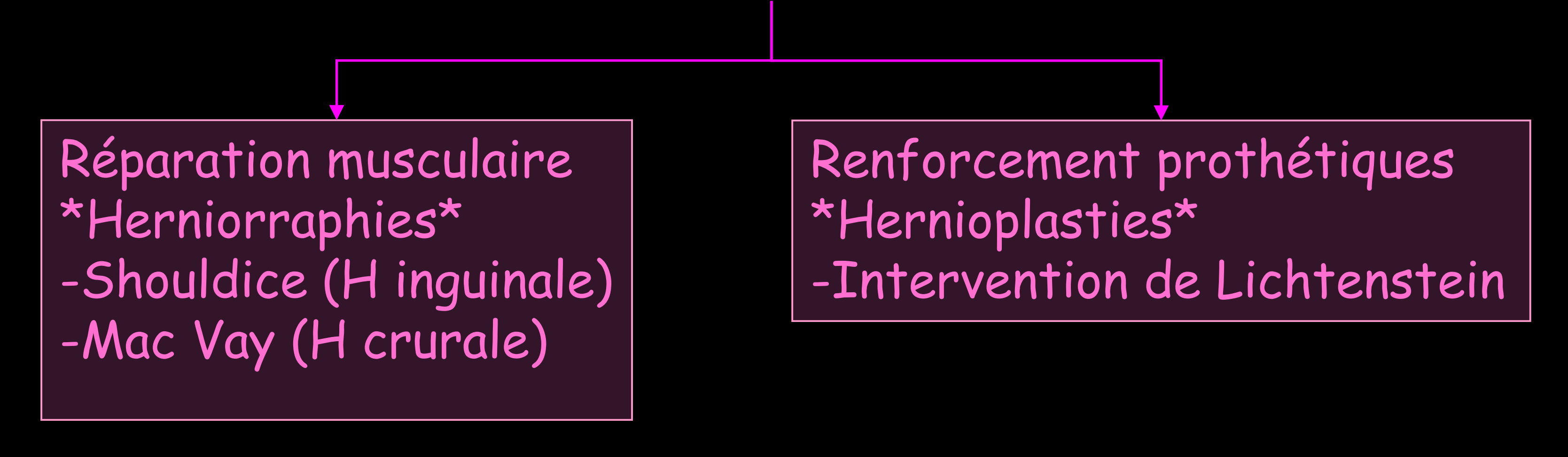
10-PRINCIPES DU TRAITEMENT

-Hernie inguinale non compliquée

➔ principe:

*traitement du sac péritonéal: dissection ± résection ± fermeture

*traitement de la paroi abdominale: réfection pariétale ± renforcement

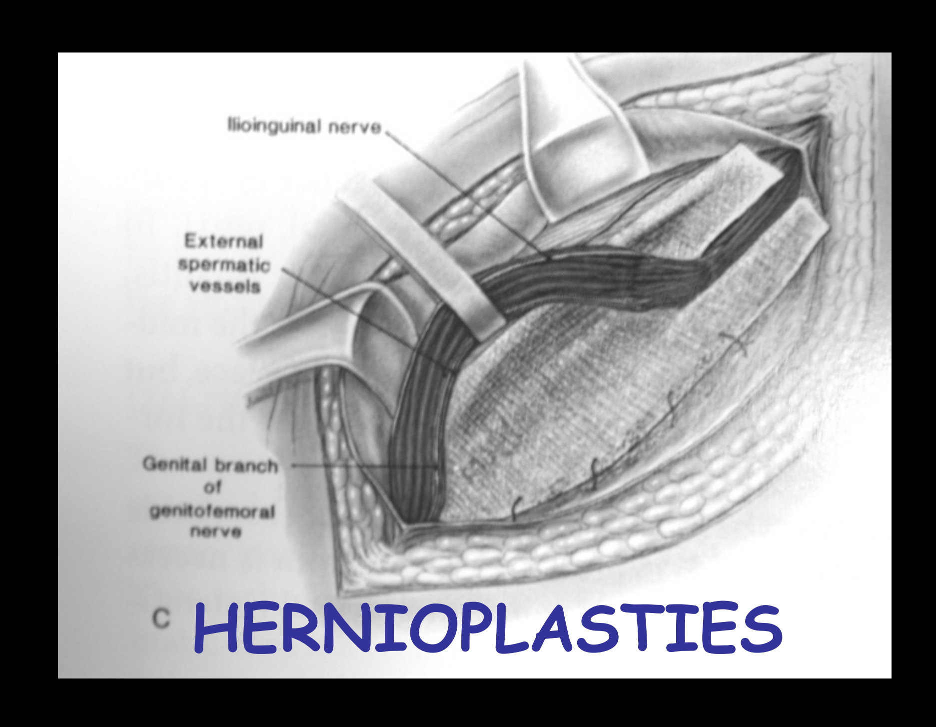


➔ Voies d'abord: inguinales, laparoscopie, préperitonéales

10-PRINCIPES DU TRAITEMENT

-Hernie inguinale non compliquée





➔ indications:

* hernie crurale: indication formelle

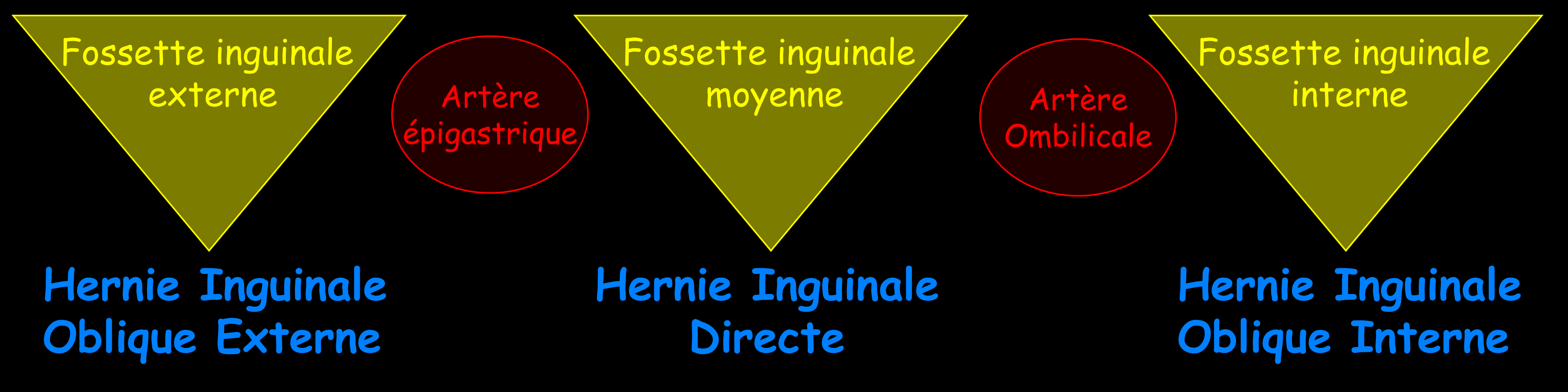
* hernie inguinale: sauf sujets à risques, ou pointe herniaire asymptomatique

10-PRINCIPES DU TRAITEMENT

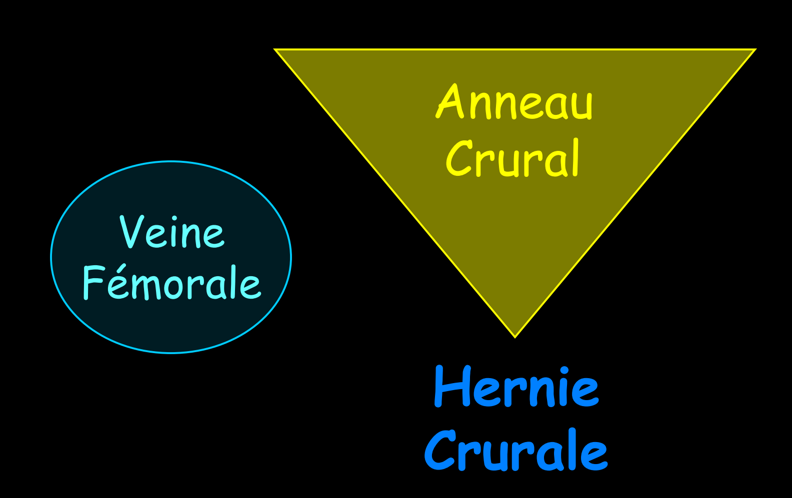
-Hernie inguinale étranglée

- ➔ intervention chirurgicale en URGENCE++
- ➔ selon la vitalité intestinale
  - * satisfaisante: réintégration
  - * nécrose: résection
- ➔ puis réparation pariétale (pas de prothèses)
- ➔ Mesures médicales:
  - * réanimation hydroélectrolytique
  - * SNG
  - * antibiothérapie

ETAGE SUPERIEUR= REGION INGUINALE



Dehors ARCADE CRURALE (proj cut: Ligne de MALGAIGNE) Dedans



ETAGE INFERIEUR= REGION CRURALE

11-HERNIE OMBILICALE

-6% de l'ensemble des hernies

-enfant:

- ➔ dès les premiers mois de la vie
- ➔ le + svt: fermeture spontanée anneau ombilical
- ➔ indications: volume, symptomatiques, > 5 ans

-adulte:

- ➔ acquise, zone de faiblesse
- ➔ terrain: obèse, cirrhotique, 3ème âge, femme
- ➔ clinique: tuméfaction ombilicale, réductible, indolore, impulsive à la toux
- ➔ évolution: étranglement, risque de rupture ombilicale chez le cirrhotique (pronostic gravissime)



Un homme âgé de 70 ans, aux antécédents de phlébite, vient pour une douleur de l'aine droite apparue il y a 3 mois, à la suite d'un effort. Il présente par ailleurs une constipation récente.

L'examen clinique retrouve une masse réductible au dessus de la ligne de Malgaigne, en dehors des vaisseaux fémoraux.

1- Quel diagnostic évoquez vous?

2-Justifier

3- Quels sont, à l'examen, les signes cliniques d'un étranglement herniaire?

4- Faut-il opérer ce patient?

5- Quel traitement faut il prévoir en post-opératoire?



1- Quel diagnostic évoquez vous?

Hernie inguinale droite symptomatique non compliquée

2-Justifier

Terrain: âge

Facteurs de risques: effort, constipation

Siège de la lésion: au dessus de la ligne de Malgaigne

3- Quels sont, à l'examen, les signes cliniques d'un étranglement herniaire?

Hernie irréductible, douloureuse, non impulsive à la toux

± signes généraux ± signes digestifs



4- Faut-il opérer ce patient?

Oui, en l'absence de contre indications

Indication car: symptomatique; risque d'étranglement

5- Quel traitement faut il prévoir en post-opératoire?

Traitement préventif anticoagulant

Traitement de la constipation

Prévoir (en fait, y penser dès le préop) un bilan de constipation: recherche cancer colorectal par coloscopie totale. La hernie n'est t elle pas le symptôme d'une lésion intra-abdominale sous jacente?